

Trabalho de Conclusão de Curso

PRINCIPAIS FALHAS E QUEIXAS DE PACIENTES EM PRÓTESES FIXAS SOBRE IMPLANTES (REVISÃO DE LITERATURA)

Aline de Andrade



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Aline de Andrade

**PRINCIPAIS FALHAS E QUEIXAS DE PACIENTES EM
PRÓTESES FIXAS SOBRE IMPLANTES (REVISÃO DE
LITERATURA)**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos
Cardoso

Co-Orientador: Doutorando Guenther
Schuldt Filho

Florianópolis
2014

Dedico este trabalho à minha mãe Teresinha por estar sempre ao meu lado.

A Deus

Jesus a respondeu: -“Ame o Senhor, seu Deus, com todo o coração, seu Deus, com todo o coração, com toda a alma e com toda mente.” Este é o maior mandamento e o mais importante. E o segundo é parecido com o primeiro: “Ame os outros como você ama a você mesmo.”.

Mateus 22:37-39

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as oportunidades que me levaram a execução desse trabalho.

À minha família pelo suporte e amigos pelo apoio. Especialmente agradeço a minha mãe por ter escolhido os caminhos mais difíceis quando necessário para que eu pudesse prosperar, desde o parto ela escolheu sempre a mim, sempre foi minha inspiração e exemplo de força e nesse momento de conquistas não poderia agradecer a outra pessoa senão ela.

Às amigas de todas as horas que sempre ouviram minhas dúvidas e angústias e me confortaram, especialmente para Maria Eduarda, Kerli, Bianca e Rebeca.

À minha dupla de clínica Helena que compartilhou comigo o dia-a-dia desses 5 anos de graduação, que compartilhou também todo o aprendizado, por toda a ajuda e conselhos.

Ao meu orientador Professor Antônio Carlos Cardoso e co-orientador aluno de pós-graduação Guenther Schuldt Filho pela paciência e toda a ajuda, sem as quais seria impossível o resultado final do trabalho e por terem mostrado o caminho e dividido um pouco de seus conhecimentos.

“Nunca se esqueça de quem você é, porque é certo que o mundo não se lembrará. Faça disso sua força. Assim, não poderá ser nunca a sua fraqueza. Arme-se com esta lembrança, e ela nunca poderá ser usada para magoá-lo”.

(George R.R. Martin, 2010)

RESUMO

Um dos desafios da odontologia é reestabelecer estética, função e saúde ao paciente edêntulo. Dentre as opções de tratamento a prótese total fixa sobre implante surge como uma alternativa altamente previsível. Mesmo assim, continua apresentando pequenas porcentagens de falhas, que mesmo minoritárias, trazem aos pacientes sofrimento, transtornos e insatisfação. O objetivo desse trabalho foi de analisar na literatura quais são as principais falhas mecânicas e biológicas encontradas, bem como quais são as queixas mais frequentes nos pacientes portadores de próteses totais fixas sobre implantes. A pesquisa foi feita nas bases de dados como Scielo, Pubmed e portal de periódicos da Capes. Foram selecionados artigos em inglês e português publicados entre 2006 e 2013 para a redação desta revisão de literatura. Após a revisão de literatura pode-se observar que se destacam entre as principais falhas protéticas: fratura na prótese provisória de acrílico, descolamento de dentes de próteses provisórias e definitivas, afrouxamento e fratura dos parafusos da prótese e pilares, fratura de pontos e solda e da barra metálica; entre as falhas biológicas observa-se: falta de espaço para higienização, má adaptação entre o pilar protético e plataforma do implante, fístulas, parestesia transitória, inflamação periimplatar, hiperplasias, reabsorções ósseas e mucosites. As principais queixas citadas pelos pacientes foram: dificuldades de higienização, mau cheiro, afrouxamento de parafusos, dentes que descolam da prótese e dificuldades na fonação. Também foi possível observar que houve melhora nas taxas de sucesso nas últimas décadas.

Conclui-se que, mesmo com as altas taxas de sucesso do tratamento com as próteses totais fixas sobre implantes, as falhas quando existentes trazem transtornos para o paciente e cirurgião-dentista, o que faz com que se torne importante o estudo das mesmas para aperfeiçoar cada vez mais os protocolos clínicos e prever quando há maiores chances das falhas acontecerem, para que paciente e profissional estejam cientes dos riscos que assumem ao escolherem o tratamento.

Palavras-Chave: Prótese dentária. Implante Dentário. Falhas.

ABSTRACT

One of the challenges of dentistry is the rehabilitation of esthetics, function and health to the edentulous patient. Among the treatment options for total fixed prosthesis on implants emerges as a highly predictable alternative, nonetheless, continues to show small percentages of failures, that even minority, bring to the patients suffering with them great inconvenience and dissatisfaction. The aim of this study was to analyze the literature what are the most common biological and mechanical failures encountered and what are the most frequent complaints in patients with fixed prostheses on implants. The research was done in databases such as SciELO, PubMed, besides the regular Capes portal. Articles published in English and Portuguese between 2006 and 2013 to the writing of this review were selected. After reviewing the literature was possible observe that stand out among the leading prosthetic failure: fracture prosthesis acrylic teeth detachment of provisional and definitive prostheses, prosthesis and screws and pillars loosening and fracture, fracture points and solder the metal bar; among biological failures include: lack of space for hygiene, poor fit between the abutment and the implant platform, fistulas, transient paresthesia, periimplatar inflammation, hyperplasia, bone resorption and mucositis; the main complaints cited by patients were: difficulties hygiene, smelly, loosening of screws, take off the prosthetic teeth, difficulty in speaking. Was also observed that there was a improvement in success rates in recent decades. It was concluded that even with high rates of successful treatment with total fixed prosthesis on implant, failures when existing bring great inconvenience to the patient and the dentist, which means it becomes important to study the same that can increasingly improve clinical protocols and predict when there are greater chances of failures happen, so patient and professional are aware of the risks they take when choosing treatment.

Keywords: Dental prosthesis. Dental Implantation. Failures.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	OBJETIVOS.....	21
1.1.1	objetivos específicos.....	21
2	METODOLOGIA.....	22
3	DESENVOLVIMENTO.....	24
4	DISCUSSÃO	32
5	CONCLUSÃO.....	37
	REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

A odontologia contemporânea tem por desafio reestabelecer para o paciente a saúde bucal juntamente com estética e função de forma previsível. A satisfação do paciente edêntulo torna-se uma tarefa árdua, já que são diversas as opções de tratamento (prótese total convencional, sobredentadura, sobredentadura implantossuportada e prótese fixa implantossuportada). Escolher o plano de tratamento adequado para cada paciente exige do cirurgião-dentista o conhecimento sobre as peculiaridades de cada tratamento. Próteses totais podem reduzir em até 60% a função em relação à dentição normal. Já próteses sobre implantes podem reestabelecer a função semelhante aos padrões de normalidade, isso porque os implantes melhoram a estabilidade da prótese dentária (PRITHVIRAJ, 2008).

O crescente uso de próteses sobre implantes em reabilitações orais trouxe uma melhoria de vida para os pacientes, oferecendo avanços funcionais, psicológicos e estéticos. Entretanto, diversas complicações mecânicas, fonéticas e biológicas são registradas em relação ao uso dessa modalidade de prótese (REAL-OSUNA; ALMENDROS-MARQUÉS; GAY-ESCODA, 2012).

Scala et al. (2012) ressaltaram que o edentulismo oferece ao paciente a possibilidade da escolha de tratamento. Quando a opção eleita é uma prótese total convencional, a função e estética são normalmente comprometidas fazendo com que os pacientes sintam-se insatisfeitos e notem uma queda na qualidade de vida devido a dificuldades relacionadas a mastigação, fonética e instabilidade da (s) prótese (s). Já os pacientes que optam por próteses suportadas por implantes (fixas ou removíveis) tem uma melhora no conforto, estética, higiene, estabilidade protética, mastigação e saúde bucal.

Em relação às próteses sobre implantes, as próteses totais fixas sobre implantes oferecem maior conforto psicológico em relação às próteses totais removíveis sobre implantes por oferecerem a sensação de naturalidade, o que gera maior grau de satisfação entre os pacientes. Além disso, as próteses totais removíveis sobre implantes exigem maiores cuidados em relação à manutenção e mais complicações (PRITHVIRAJ, 2008). Em concordância à isso, Kennedy et al., (2012) também afirmam que as sobredentaduras apoiadas em implantes apresentam um bom resultado, porém pelo fato de serem próteses removíveis não trazem aos pacientes a estabilidade e retenção esperada pelo tratamento, já aqueles que recebem próteses fixas sobre implante de

carga imediata obtém maior sucesso em relação as expectativas dos pacientes.

Diante do exposto, nota-se a necessidade de se estudar essa modalidade terapêutica devido à sua ampla utilização recentemente. Apesar de ser um tratamento considerado previsível e com taxas de sucesso, são encontradas falhas e queixas de pacientes, o que gera uma demanda por mais estudos para minimizar os insucessos.

Este trabalho tem como objetivo estudar as principais falhas relacionadas às próteses totais fixas sobre implantes, englobando falhas mecânicas, biológicas e as principais queixas dos pacientes portadores desse tipo de prótese.

1.1 OBJETIVOS

Buscar na literatura a prevalência das principais falhas e queixas em próteses totais fixas sobre implantes.

1.1.1 Objetivos Específicos

- Relacionar as principais falhas mecânicas em próteses totais fixas sobre implantes;
- Relacionar as principais falhas biológicas em próteses totais fixas sobre implantes;
- Relacionar as principais queixas de pacientes portadores de próteses totais fixas sobre implantes.

2 METODOLOGIA

Para a elaboração do trabalho, foi feita uma pesquisa bibliográfica que buscou por artigos científicos sobre o tema. Para isso, as seguintes bases de dados foram utilizadas: Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Pubmed (*US National Library of Medicine*), além do portal periódicos da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

As palavras chaves utilizadas na busca foram: Prótese dentária fixada por implante, Dentadura fixada por implante, Falha de prótese, Satisfação do Pacient; e em inglês: dental prosthesis, implant-supported, prosthesis failure. Também foram combinadas as palavras chaves.

Foram selecionados artigos nas línguas inglesa e portuguesa que estavam disponíveis na íntegra, publicados entre os anos de 2006 e 2013. A seleção dos artigos foi feita a partir da leitura dos resumos dos artigos, descartando aqueles que não tratavam especificamente sobre o tema.

Após os descartes, foram procuradas as versões dos artigos na íntegra, e realizou-se a leitura dos mesmos e tradução dos que estavam em inglês para que se redigisse esta revisão de literatura.

3 DESENVOLVIMENTO

Em estudo clínico comparativo de grupos de 50 pacientes sendo 25 com sobredentaduras e 25 com próteses fixas sobre implante em mandíbulas edêntulas visando comparar as complicações e necessidade de manutenções em tratamentos com sobredentaduras e próteses totais fixas sobre implantes em mandíbulas Hemmings, Schmitt e Zarb (1994) observaram taxas de 88% de sucesso para próteses fixas enquanto subredentaduras obtiveram 91%. A maioria das falhas observadas acontece ainda no período cirúrgico, sendo falhas tardias raras na visão dos autores, assim é uma vantagem do sistema de implantes a detecção precoce das falhas e possível reparo antes mesmo da fase protética. As falhas mais comuns em próteses totais fixas sobre implante foram fratura do pilar ou parafuso (de ouro) e desprendimento de componentes de resina acrílica. Em relação às falhas biológicas afirmaram que entre as mais comuns estão inflamação periimplantar e hiperplasias. Os autores afirmaram que todos pacientes relataram melhorias em relação a estética, estabilidade, conforto e função após o tratamento. Apenas 5 pacientes de cada grupo notaram que suas próteses convencionais da arcada antagonista apresentavam-se soltas após a instalação das próteses novas no arco inferior. Os autores relatam ainda que os pacientes com sobredentaduras tinham maior facilidade de higienização das próteses em comparação ao grupo que recebeu próteses fixas.

Em um estudo retrospectivo Jemt e Lekholm (1995) acompanharam 150 pacientes edêntulos objetivando determinar se é possível prever o resultado com base na avaliação pré-cirúrgica. Os pacientes receberam implantes Brånemark e foram divididos em 4 grupos com acompanhamento de 5 anos. O primeiro grupo (enxerto ósseo) de 16 pacientes que não possuíam quantidade óssea suficiente, receberam enxerto imediato com osso autógeno em combinação com a instalação dos implantes, 14 pacientes receberam próteses fixas, 2 próteses removíveis sendo que uma foi substituída por prótese fixa depois de 1 ano. O segundo grupo (reabsorção óssea avançada) composto por 33 pacientes recebeu próteses totais removíveis suportadas por implantes. O terceiro grupo (intermediário) com 25 pacientes recebeu próteses fixas após 1 ano de acompanhamento usando próteses removíveis. O quarto grupo (próteses fixas) com 76 pacientes considerados aptos a receberem próteses totais fixas após às cirurgias de 2 fase. Durante o acompanhamento um total de 113 implantes foram perdidos (64%) em 44 pacientes, sendo a maioria no primeiro ano de função, as perdas variaram entre os grupos sendo de 7,9% do grupo 1 à

28,7% no grupo 2. Após excluir o grupo 1, foram calculados os valores de qualidade óssea, onde se observou que o grupo com implantes perdidos apresentava tipo ósseo menos denso. No grupo 1 a reclamação mais comum dos pacientes foi em relação à dição sendo de 32% no primeiro ano e baixando para 5,7% no ano seguinte e chegando ao final do estudo sem mais problemas, foram observadas também fraturas nos componentes do acrílico. No grupo 2 houve alto índice de hiperplasias, além de problemas mecânicos. O grupo 3 apresentou problemas de fonação semelhantes ao grupo 1. O grupo 1 apresentou perda óssea marginal média de 2,3 mm após os 5 anos de acompanhamento, superior ao apresentado pelos outros grupos (1,2 mm). O nível mais baixo de falhas (7,9%) foi apresentado pelo grupo 4, que era o que possuía as melhores indicações clínicas e receberam implantes mais longos e em maior quantidade. Os autores concluíram que é possível se relacionar as falhas e perdas de implantes à qualidade óssea, sendo que quando mais quantidade óssea e maior a densidade maiores são as chances de sucesso. Concluem ainda que é possível com base na análise pré-operatória, prever as chances de sucesso para cada caso e indicar o melhor tratamento, sendo que quando o caso não for favorável deve-se fazer um acompanhamento mais intenso.

Visando estudar falhas em pacientes desdentados com próteses totais fixas sobre implantes, Jemt e Häger (2006) analisaram retrospectivamente um grupo de pacientes que apresentaram falha na prótese total fixa sobre implante superior (maxila). Foram selecionados 17 casos dentre um grupo de 1267, foram selecionados pacientes que haviam perdido suas primeiras próteses nos três anos iniciais de acompanhamento. O grupo controle foi formado também por 17 pessoas com os tratamentos feitos nas mesmas semanas que um paciente correspondente com grupo anterior. Dos 103 implantes colocados no grupo de estudo, foram perdidos 79 implantes nos três anos iniciais, sendo que no grupo controle apenas 4 implantes foram perdidos. Em relação ao todo, 1,3% dos pacientes perderam as próteses. Apesar de ser um número pequeno os autores ressaltam que as consequências individuais são grandes, há grandes danos psicológicos e a perda óssea pode dificultar a instalação de uma prótese total removível convencional. Na maioria dos casos, as falhas se iniciaram em um dos quadrantes provocando uma distribuição de forças desfavorável pelos implantes restantes. Os autores concluíram que os parâmetros pré-cirúrgicos indicam que volumes pequenos de osso e implantes curtos associados aumentam o risco de falhas, e que outros fatores como tabagismo, periodontite na arcada oposta, aspectos de saúde geral e

bruxismo não mostraram relação estatisticamente significativa com as falhas.

Em um relato de caso, Prithviraj (2008) analisou um paciente do sexo masculino de 68 anos, edêntulo há 3 anos que havia sido reabilitado com próteses totais removíveis convencionais. O paciente não se adaptou ao tratamento e reclamava de deficiência mastigatória, desejando assim a substituição por próteses fixas. O tratamento escolhido foi a instalação de próteses implantossuportada fixa em ambos os arcos, com seis implantes em cada arco não havendo intercorrências no ato. Após 3 meses com os cicatrizadores foi feita a segunda etapa cirúrgica, moldagem e registro interoclusal na mandíbula. A prótese metalocerâmica foi confeccionada e cimentada com óxido de zinco e eugenol, deixando a prótese convencional no arco superior por mais dois meses, quando então repetiram-se os procedimentos para o arco superior e também se instalou a próteses total fixa implantossuportada. Foram dadas orientações em relação a higiene e manutenção (1 semana, 1,3,6 meses e 1 ano) ao paciente e feitos ajustes oclusais. Nas manutenções observou-se que o paciente estava satisfeito com o tratamento e com gengiva saudável sem processos inflamatórios, sentindo as suas funções orais reestabelecidas. O autor ainda observou que os pacientes que recebem esse tipo de tratamento tem alto grau de satisfação e são necessárias menos consultas de manutenções em comparação às sobredentaduras.

Testori et al. (2008) avaliaram em um estudo prospectivo, o resultado de próteses totais fixas ancoradas com implantes axiais e inclinados em maxilas edêntulas em 41 pacientes. O protocolo utilizado foi de carga imediata em quarenta e oito horas, sendo que o acompanhamento mínimo foi de um ano. Três falhas foram registradas em um ano e mais dois implantes foram perdidos depois de 18 meses. Os implantes foram perdidos por mobilidade ou mobilidade e dor e foram substituídos por implantes de maior diâmetro e comprimento para que não houvesse comprometimento das próteses. Não ocorreu nenhuma falha biológica. Em relação à satisfação dos pacientes, o estudo mostrou resultados que foram considerados excelentes ou muito bons para maioria dos pacientes em relação à estética, mastigação e fonética, e afirmaram que sua qualidade de vida aumentou após o tratamento. Porém, em relação à facilidade de manutenção apenas 36% dos pacientes relataram que eram excelente ou muito boa, sendo que 7% consideraram que era pobre ou deficiente.

Com o objetivo de avaliar a evolução do tratamento com implantes Jemt, Stenport e Friberg (2011) fizeram um estudo

retrospectivo com dois grupos que receberam tratamentos com implantes. O primeiro grupo era composto por pacientes que fizeram a cirurgia e instalação das próteses totais fixas sobre implantes entre os anos de 1986 e 1987, já o segundo por pacientes que fizeram o mesmo tratamento entre os anos 2001 e 2004. Ao todo 76 pacientes anos foram incluídos no primeiro grupo com idade média de 60,1, já no segundo foram incluídos 109 pacientes com idade média de 65,1 anos. Algumas variações ocorreram entre os dois grupos, no grupo de 1986-1987 apenas implantes de superfície torneada foram utilizados, enquanto que no grupo de 2001-2004 houve uma mudança para o implante de superfície com óxido de titânio, o retalho de incisão vestibular foi substituído pela incisão na crista, a posição mais paralela dos implantes no primeiro grupo foi substituída por implantes angulados e mais longos no segundo. Em ambos os grupos o objetivo foi que os pacientes recebessem 8 implantes em maxilas edêntulas. Os pacientes foram reabilitados com próteses totais fixas e parafusadas. Radiografias foram realizadas após o tratamento cirúrgico e como controle 1 e 5 anos após o mesmo, o primeiro grupo também teve um controle feito 10 anos após o tratamento. Reabsorções ósseas mais graves aconteceram em ambos os grupos, sendo de 10,5% no primeiro grupo e de 8,3% no segundo. Em 20 pacientes (26,3%) 29 implantes (6,4%) foram considerados móveis e removidos no primeiro grupo, obtendo uma taxa de sobrevivência de 93,4%, 2 pacientes perderam suas próteses e as substituíram por próteses apoiadas nos implantes restantes. No segundo grupo 16 implantes foram perdidos (2,4%) em 13 pacientes (11,9%), e obtiveram resultado de 97,3% de sucesso após 5 anos, e nenhuma prótese foi perdida. Nenhum implante ou pilar foi fraturado, mucosites e hiperplasias apresentaram incidências insignificantes, no primeiro grupo ocorreram 11 fístulas. Os autores atribuem as melhores taxas de sucesso no segundo grupo principalmente pela substituição da superfície do implante (de torneados para superfície com óxido de titânio, que por ser mais áspera tem melhor resposta biológica), e secundariamente ao maior comprimento e uso angulado dos mesmos, os autores afirmam também que mudanças no protocolo clínico ao longo dos anos têm colaborado para obtenção de melhores resultados.

Em um estudo prospectivo sobre tratamentos com carga imediata em mandíbulas edêntulas com implantes inclinados e axiais Francetti et al. (2008) relataram que, após o acompanhamento de 44 pacientes por um ano, não ocorreram perdas de implantes, níveis de placa e sangramento diminuíram progressivamente e houve aumento da satisfação do paciente em relação ao tratamento (estética e função).

Ocorreram complicações, sendo a fratura da prótese de acrílico a falha mais frequente que ocorreu em 11% dos casos, mas não houve fratura nas próteses definitivas.

Com o objetivo de avaliar a evolução do tratamento com implantes Jemt, Stenport e Friberg (2011) fizeram um estudo retrospectivo com dois grupos que receberam tratamentos com implantes. O primeiro grupo era composto por pacientes que fizeram a cirurgia e instalação das próteses totais fixas sobre implantes entre os anos de 1986 e 1987, já o segundo por pacientes que fizeram o mesmo tratamento entre os anos 2001 e 2004. Ao todo 76 pacientes anos foram incluídos no primeiro grupo com idade média de 60,1, já no segundo foram incluídos 109 pacientes com idade média de 65,1 anos. Algumas variações ocorreram entre os dois grupos, no grupo de 1986-1987 apenas implantes de superfície torneada foram utilizados, enquanto que no grupo de 2001-2004 houve uma mudança para o implante de superfície com óxido de titânio, o retalho de incisão vestibular foi substituído pela incisão na crista, a posição mais paralela dos implantes no primeiro grupo foi substituída por implantes angulados e mais longos no segundo. Em ambos os grupos o objetivo foi que os pacientes recebessem 8 implantes em maxilas edêntulas. Os pacientes foram reabilitados com próteses totais fixas e parafusadas. Radiografias foram realizadas após o tratamento cirúrgico e como controle 1 e 5 anos após o mesmo, o primeiro grupo também teve um controle feito 10 anos após o tratamento. Reabsorções ósseas mais graves aconteceram em ambos os grupos, sendo de 10,5% no primeiro grupo e de 8,3% no segundo. Em 20 pacientes (26,3%) 29 implantes (6,4%) foram considerados móveis e removidos no primeiro grupo, obtendo uma taxa de sobrevivência de 93,4%, 2 pacientes perderam suas próteses e as substituíram por próteses apoiadas nos implantes restantes. No segundo grupo 16 implantes foram perdidos (2,4%) em 13 pacientes (11,9%), e obtiveram resultado de 97,3% de sucesso após 5 anos, e nenhuma prótese foi perdida. Nenhum implante ou pilar foi fraturado, mucosites e hiperplasias apresentaram incidências insignificantes, no primeiro grupo ocorreram 11 fístulas. Os autores atribuem as melhores taxas de sucesso no segundo grupo principalmente pela substituição da superfície do implante (de torneados para superfície com óxido de titânio, que por ser mais áspera tem melhor resposta biológica), e secundariamente ao maior comprimento e uso angulado dos mesmos, os autores afirmam também que mudanças no protocolo clínico ao longo dos anos têm colaborado para obtenção de melhores resultados.

Cavalli et al. (2012) avaliaram o resultado de tratamento de carga imediata (48 horas) para próteses totais fixas em implantes inclinados e axiais em maxilas desdentadas em trinta e quatro pacientes saudáveis objetivando observar a incidência de falhas biológicas e protéticas. O acompanhamento foi de cinco anos sendo que todos tiveram no mínimo um ano de acompanhamento. Não ocorreram falhas nos implantes que tiveram 100% de sucesso. Em relação às falhas protéticas, houve fratura ou descolamento de um ou vários dentes nas próteses provisórias de acrílico em 20,59% dos casos e 17,65% das próteses definitivas. Pequenas fraturas de acrílico nas próteses temporárias ocorreram em 14,72% dos pacientes e nas próteses definitivas em 2,94% dos casos. Em um paciente (2,94%) observou-se o afrouxamento do parafuso. As principais complicações biológicas registradas foram mucosite alveolar (11,76%), periimplantite (5,88%) e dor na articulação temporomandibular (5,88%). Em 38% dos pacientes se observaram complicações de higiene. Os problemas de dor articular foram resolvidos com ajustes oclusais em relação cêntrica e lateralidade. Os pacientes do estudo registraram satisfação em relação ao tratamento. Os autores concluíram que é necessário implementar um programa de recuperação eficaz para detectar precocemente as falhas e assim corrigi-las para evitar perda de implantes e próteses.

Para estudar a satisfação de pacientes portadores de próteses totais fixas sobre implantes, Scala et al. (2012) em um estudo prospectivo controlado, avaliaram os perfis dos pacientes através de uma escala visual analógica sobre quatro aspectos: humor, qualidade de vida, comportamento alimentar e qualidade da alimentação. Foram incluídos no estudo pacientes com necessidade de uma nova prótese na mandíbula que atendiam os requisitos para instalação de implantes (osso tipo 1, 2 ou 3, quantidade óssea necessária, quantidade favorável de mucosa, favorável relação maxilo-mandibular e concordância do paciente com o tratamento). Dos 79 pacientes selecionados, quarenta e oito receberam uma prótese total fixa sobre implantes com carga imediata e, no grupo controle, 38 foram tratados com uma prótese total removível convencional. Após o acompanhamento de um ano, 5 dos 205 implantes colocados falharam na osteointegração, resultando em uma taxa de sobrevivência de 97,6%. Com o resultado, os autores observaram que um protocolo de carga imediata para próteses implantossuportadas é um tratamento previsível, e que houve melhora significativa na satisfação, comportamento alimentar, auto-confiança e humor, e que portanto poderia ser utilizado como tratamento de escolha em pacientes edêntulos.

Cardoso et al. (2012) destacaram que as falhas mais incidentes em próteses fixas sobre implante são:

“afrouxamento do parafuso da prótese, afrouxamento do parafuso do pilar protético, fratura do parafuso da prótese, fratura do parafuso do pilar protético, fratura do material estético, descolamento das facetas dos dentes em resina acrílica, trinca ou fratura no pilar angulado, fratura no ponto de solda e fratura da barra metálica.” (CARDOSO et al., 2012)

Também em 2012, Cardoso et al. relataram as falhas biológicas, sendo as mais frequentes: “falta de espaço para higienização, desajuste na adaptação entre o pilar protético com a plataforma do implante seja ele hexágono externo ou interno, presença de fístula, principalmente nas áreas onde o pilar angulado foi instalado e ficou muito subgengival.”. Em relação às principais queixas dos pacientes relataram que dentre as diversas queixas são frequentes as reclamações em relação à dificuldades de higienização, mau cheiro (geralmente associado a remoção da prótese), dentes que descolam da prótese e afrouxamento de parafusos.

Kennedy et al., (2012) estudaram o grau de satisfação de pacientes portadores de próteses totais fixas implantossuportadas com carga imediata, usaram para determinar a satisfação uma escala visual analógica com 12 questionamentos, cujas perguntas relacionadas a dor, inchaço e outras questões subjetivas tinham uma barra de 76 milímetros aonde o paciente colocaria um traço, sendo o início da barra indicativo de “nenhuma dor” por exemplo, e o final do traço representaria “dor extrema”, assim o paciente faria uma associação com suas percepções e o tamanho da barra, outras perguntas foram feitas e as respostas possíveis eram: concordo, neutro, discordo. Foram incluídos 61 pacientes com edentulismo mandibular no estudo e 24 responderam ao questionário. O resultado foi que 88% dos pacientes concordavam que sua nova prótese era boa e passariam pelo tratamento novamente e que recomendariam o tratamento para outras pessoas, já 79% julgavam que houve melhora na mastigação e fala e que tiveram suas expectativas alcançadas e 67% tiveram facilidade com a higiene e 83% revelaram que o tratamento valia a pena em relação a tempo esforço e custo. Análise estatística foi usada para descrever os resultados da escala visual analógica onde mostrou-se que a dor era uma seqüela considerável do tratamento provavelmente relacionada aos atos cirúrgicos mais invasivos (alveoloplastias por exemplo), no entanto

75% dos pacientes apresentaram no máximo 40% do nível dor que poderiam sentir (sendo 0% nenhuma dor e 100% dor extrema), e apenas 5% relataram dor extrema. A avaliação foi de que poucos pacientes (28%) relataram parestesia, e nos casos, a mesma foi transitória. Em relação a estética, 87% dos pacientes se sentiam satisfeitos, porém o autor disse que é necessário se explicar no planejamento do tratamento a necessidade do espaço entre a gengiva e a prótese para a higienização, tendo em vista que esse pode ser um aspecto não agradável para os pacientes.

DISCUSSÃO

Diversos estudos apontam que as razões para o insucesso e para a perda de implantes em tratamentos com próteses totais fixas são variadas.

Testori et al. (2008) associaram essas perdas à mobilidade. Scala et al (2012) atribuíram uma taxa de 2% de falha na osteointegração. Jemt, Stenport e Friberg (2011) apontaram perda de implantes em 6,4% dos implantes realizados em pesquisa na década de 80, e 2,4% em pesquisa realizada nos anos 2000. Já nos estudos como o de Francetti et al. (2008) não ocorreram perdas de implantes.

As falhas protéticas mais frequentes variam de acordo com os estudos. Para Francetti et al (2008) foram as fratura da prótese provisórias de acrílico (11%), em concordância a esse dado os estudos de Cavalli et al (2012) apontam um valor similar (14%) de pequenas fraturas de acrílico nas próteses temporárias, Jemt e Lekholm (1995) também apontam fraturas nos componentes da resina acrílica como uma das principais falhas protéticas. Cavalli et al (2012) observaram 29% de fraturas ou descolamentos de dentes nas próteses provisórias e 17% nas próteses definitivas. Cardoso et al (2012) relataram como sendo as mais frequentes falhas o afrouxamento nos parafusos da prótese e pilares, fratura dos parafusos de pilares e material estético, descolamento de dentes em resina acrílica e trincas no pilar angulado, fratura de pontos de solda e da barra metálica. Hemmings, Schmitt e Zarb (1994) também apontam a fratura do pilar ou parafuso e o desprendimento de componentes de resina acrílica entre as falhas mais frequente. No estudo de Jemt, Stenport e Friberg (2011) houve perda de próteses em dois pacientes cujo tratamento foi feito na década de 80, nenhum pilar ou parafuso foi fraturado em nenhum dos grupos, e na pesquisa de 2000 não houveram intercorrências protéticas. Esses dados demonstraram a importância de se alertar os pacientes sobre essas possíveis intercorrências.

Em relação às as principais falhas biológicas encontradas por Cardoso et al (2012) foram falta de espaço para higienização, má adaptação entre o pilar protético e a plataforma do implante e fistulas (principalmente associadas a pilares angulados muito subgengivais). Kennedy et al., (2012) apontaram que dor considerada extrema no pós operatório em atos mais invasivos foram constatadas por 40% dos pacientes, 28% relataram parestesia transitória, esses demonstram a necessidade de prescrição de analgésicos potentes nesses casos e de se alertar os pacientes sobre a possibilidade de parestesia. Para Francetti et

al (2008) houve presença de placa e sangramento nos grupos de estudo mas que diminuíram progressivamente, Hemmings, Schmitt e Zarb (1994) observou a presença de inflamação periimplantar e hiperplasias. Já Testori et al (2008) não relataram falhas biológicas. Jemt, Stenport e Friberg (2011) apontaram reabsorções ósseas e fístulas como as principais falhas no grupo cuja pesquisa foi realizada na década de 80, sendo mucosites e hiperplasias estatisticamente insignificantes. Para Jemt e Lekholm (1995) alguns grupos apresentaram maiores incidências de hiperplasias, perda óssea marginal média, sendo que esses grupos eram os que não possuíam as melhores indicações clínicas (qualidade e densidade óssea) reforçando a necessidade de prever os resultados e acompanhar mais intensamente os casos com mais chances de falhas.

Em relação às percepções dos pacientes, Scala et al (2012) afirmaram que os pacientes relataram melhora na autoconfiança e humor, Francetti et al (2008) afirmaram que a autoconfiança e satisfação com o tratamento aumentam gradativamente após o mesmo. Kennedy et al., (2012) em seu estudo sobre satisfação, relataram bons resultados em relação a mastigação, fala, expectativas, higiene, e estética. Já Cardoso et al (2012) ressaltaram que as principais queixas se referem a dificuldades de higienização, mau cheiro, afrouxamento de parafusos e dentes que descolam da prótese. Jemt e Lekholm (1995) também ressaltaram como uma das principais queixas dificuldades na fonação no primeiro ano após a reabilitação. Sendo assim, além das altas taxas de sucesso, o fato de ser um tratamento que corresponde às expectativas dos pacientes o indica como tratamento de escolha em edêntulos, porém os mesmos devem ser alertados sobre as possíveis dificuldades após o tratamento. Desde os estudos mais antigos como o de Hemmings, Schmitt e Zarb (1994) já se observava que o grau de sucesso do tratamento com próteses totais fixas era alto, e superior quando comparado ao de sobredentaduras (estética, função, conforto). Ainda assim a maioria das falhas se deu no período cirúrgico possibilitando reparo antes da fase protética (menor prejuízo para o paciente), o que reforça essa modalidade de tratamento como o tratamento de escolha. Porém os autores ressaltam que no estudo os pacientes que usavam sobredentaduras tinham maior facilidade de higienização, fato que deve ser levado em consideração na escolha do tratamento em casos onde o paciente tenha dificuldades motoras.

Comparando cronologicamente os trabalhos revistos, é possível observar a evolução das taxas de sucesso, o próprio estudo de Jemt, Stenport e Friberg (2011) ao compararem dois grupos (um com tratamentos realizados na década de 80, e outro nos anos 2000) mostra a

melhora de 93,4% para 97,3% de sucesso. As taxas de sobrevivência dos implantes aumentaram, estudos mais antigos como de Jemt e Lekholm (1995) chegavam a apontar 64% de falhas (perda de implantes), em 1994 Hemmings, Schmitt e Zarb observaram taxas de 88,63% de sucesso. Já em estudos mais recentes podemos observar taxas de 97,6% para Scala et al (2012), chegando a 100% para Cavalli et al. (2012). Os estudos demonstram que a evolução, constante aperfeiçoamento de materiais, técnicas e protocolos clínicos, correta indicação e execução do tratamento proporcionam atualmente sucesso quase absoluto dessa modalidade de tratamento.

Os estudos revistos neste trabalho apontam que são grandes as taxas de sucesso, e que as falhas presentes são pequenas quando analisadas estatisticamente, porém autores como Jemt e Häger (2006) reiteram que individualmente as consequências psicológicas das perdas de próteses e outras falhas podem trazer grandes danos aos pacientes. Este fato reforça a necessidade de cada vez mais se procurar aperfeiçoar os protocolos clínicos e aumentar a previsibilidade do tratamento, alertando os pacientes de casos em que os parâmetros pré-cirúrgicos apontam maiores chances de insucesso.

Também é de comum senso que os pacientes portadores de próteses fixas sobre implante revelam uma melhoria na qualidade de vida e em aspectos como fonética, mastigação e estética, mas autores como Testori et al. (2008) sobressaltam que a maior parte dos pacientes apresenta dificuldades em relação a manutenção e higiene, também Cavalli et al (2012) relataram que 38% de seus pacientes se queixavam de dificuldades com higienização, esses dados demonstram o que poderia ser indicado maior frequência de consultas de manutenção para esses casos, para prevenir falhas.

O aumento nas taxas de sucesso no decorrer dos anos é observado nos estudos, o que revela a importância do aperfeiçoamento constante da implantodontia nessa área, que com constantes estudos se aprimora e chega a taxas de 100% de sucesso (Cavalli et al. (2012)), os autores Jemt, Stenport e Friberg (2011) atribuem a melhora a evolução das superfícies dos implantes (de torneadas para rugosas –que tem melhor resposta biológica), uso de implantes angulados e mais longos.

Mesmo diante das grandes taxas de sucesso, ao se estudar falhas mecânicas, biológicas e as principais queixas dos pacientes, nota-se como são desagradáveis as mesmas. Tal ocorrido possivelmente afeta a relação profissional paciente quando as mesmas não são expostas ao se propor o tratamento. Como se observa que são frequentemente previsíveis de acordo com cada caso, é uma das principais lições dos

estudos saber preparar os pacientes para possíveis intercorrências após o tratamento, passando credibilidade para o indivíduo. Também, é necessário mais estudos para cada vez mais melhorar os protocolos clínicos, materiais e aumentar a previsibilidade do tratamento.

5 CONCLUSÃO

As principais falhas protéticas encontradas na literatura foram: fratura na prótese provisória de acrílico, descolamento de dentes de próteses provisórias e definitivas, afrouxamento e fratura dos parafusos da prótese e pilares, fratura de pontos e solda e da barra metálica.

Entre as falhas biológicas observa-se mais frequentemente: falta de espaço para higienização, má adaptação entre o pilar protético e plataforma do implante, fístulas, parestesia transitória, inflamação periimplantar, hiperplasias, reabsorções ósseas e mucosites.

As principais queixas citadas pelos pacientes foram: dificuldades de higienização, mau cheiro, afrouxamento de parafusos, dentes que descolam da prótese e dificuldades na fonação.

Também foi possível observar que houve melhora nas taxas de sucesso nas últimas décadas.

REFERÊNCIAS

- CARDOSO, Antonio Carlos et al. **O passo a Passo de Prótese sobre Implante:** Da 2ª Etapa Cirúrgica à Reabilitação Final. 2. ed.São Paulo (santos): Santos, 2012. 375 p.
- CAVALLI, Nicolò et al. Tilted Implants for Full-Arch Rehabilitations in Completely EdentulousMaxilla: A Retrospective Study.**IJI Of Dentistry**, Milão, n. , p.1-6, 26 set. 2012.
- EAL-OSUNA, Júlia; ALMENDROS-MARQUÉS, Nieves; GAY-ESCODA, Cosme.**Prevalence of complications after the oral rehabilitation with implant-supported hybrid prostheses. Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2012 January; 17(1): e116–e121. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448187/>>. Acessoem: 17 abr. 2013.
- FISCHER, Kerstin et al. Five-year results from a randomized, controlled trial on early and delayed loading of implants supporting full-arch prosthesis in the edentulous maxilla. **Clinical Oral Implants Research.**, GävleSjukhus, Suécia , p.433-441, 2008.
- FRANCETTI, Luca et al. Immediate Rehabilitation of the Mandible with Fixed Full Prosthesis Supported by Axial and Tilted Implants: Interim Results of a Single Cohort Prospective Study. **Clinical Implant Dentistry And Related Research**, Milão, v. 10, n. 4, p.255-262, 01 abr. 2008.
- JEMT, Torsten; HÄGER, Per. Early Complete Failures of Fixed Implant- Supported Prostheses in the Edentulous Maxilla: A 3-Year Analysis of 17 Consecutive Cluster Failure Patients. **Clinical Implant Dentistry And Related Research**, Göteborg, v. 2, n. 8, p.77-86, 2006.
- JEMT, Torsten; LEKHOLM, Ulf. Implant Treatment in Edentulous Maxillae: A 5-Year Follow-up Report on Patients With Different Degrees of Jaw Resorption. **The International Journal Of Oral & Maxillofacial Implants**, Columbus, v. 10, n. 3, p.303-311, maio 1995.
- JEMT, Torsten; STENPORT, Victoria; FRIBERG, Bertil. Implant Treatment with Fixed Prostheses in the Edentulous Maxilla. Part 1: Implants and Biologic Response in Two Patient Cohorts Restored Between 1986 and 1987 and 15 Years Later. **Journal Of Prosthodontics**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.345-355, jul. 2011.
- HEMMINGS, Kenneth W.; SCHMITT, Adrienne; ZARB, George A.. Complications and Maintenance Requirements for Fixed Prostheses and Overdentures in the Edentulous Mandible: A 5-Year Report. **International Journal Of Oral & Maxillofacial Implants**, London, v. 2, n. 9, p.191-196, mar. 1994.

KENNEDY, Kelly et al. Evaluation of Patient Experience and Satisfaction with Immediately Loaded Metal–Acrylic Resin Implant-Supported Fixed Complete Prosthesis. **The International Journal Of Oral & Maxillofacial Implants**, Columbus, v. 27, n. , p.1191-1198, 2012.

PRITHVIRAJ, Ankit Gupta. Full-mouth rehabilitation of completely edentulous patient using implant-supported fixed prosthesis. **Journal Of Indian Prosthodontic Society**, Bangalore/India, v. 08, n. , p.44-47, mar. 2008.

SCALA, Rudy et al. Clinical Evaluation of Satisfaction in Patients Rehabilitated with an Immediately Loaded Implant-Supported Prosthesis: A Controlled Prospective Study. **The International Journal Of Oral & Maxillofacial Implants**, Bardolino/itália, n. , p.911-919, 2012.

TESTORI, Tiziano et al. Immediate occlusal loading and tilted implants for the rehabilitation of the atrophic edentulous maxilla: 1-year interim results of a multicenter prospective study. **Clinical Oral Implants Research**, Milão, v. 9, n. 3, p.227-232, mar. 2008.

